

Formulario de Consentimiento y de Selección para la Vacuna Contra la Gripe

Por favor marque V Sí o No a las siguientes preguntas. Por favor conteste todas las preguntas.

Preguntas Médicas Generales	Sí	No
1. ¿Se siente enfermo hoy?		
2. ¿Ha tenido alguna reacción seria a la vacuna de la gripe o a un componente en la vacuna (MSG, arginine, gentamicin, y gelatina)?		
3. ¿Es alérgico severamente a los huevos?		
4. ¿Ha tenido el Síndrome de Guillain-Barré (GBS)?		
Sección A: La vacuna inactiva de la gripe(TIV)	Sí	No
1. ¿Tiene una alergia severa a timerosal, un preservativo usado en algunas vacunas?		
2. ¿Tiene una alergia severa al látex?		
Sección B: La vacuna viva atenuada de la gripe (LAIV)	Sí	No
1. ¿Esta embarazada?		
2. ¿Tiene algunas de las siguientes condiciones de salud de largo plazo? <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Enfermedad cardíaca • Enfermedad pulmonar • Enfermedad de los riñones • Enfermedad metabólica (tal como diabetes) • Enfermedad del hígado (hepatitis, cirrosis) • Desorden de la sangre (leucemia, linfoma, enfermedad de la célula falciforme) 		
3. ¿Ha sido diagnosticado con silbido en los últimos 12 meses?		
4. ¿Tiene un sistema inmunológico debilitado debido a VIH/SIDA u otras enfermedades que afectan al sistema inmunológico, terapia esteroide de largo plazo, o tratamiento contra el cáncer con drogas o radiografías?		
5. ¿Tiene) algún desorden del músculo o del nervio que pueda ocasionarle problemas para respirar o tragar, tales como convulsiones o parálisis cerebral?		
6. ¿Esta recibiendo actualmente terapia de largo plazo de aspirina o alguna medicina que contiene aspirina?		
7. ¿Ha recibido la vacuna del MMR (sarampión-papera-rubeola), o la vacuna de varicela (viruela) o una vacuna viva de la gripe en el plazo de las 4 semanas pasadas?		
8. ¿Vive o tiene contacto cercano con una persona que tiene un sistema inmunológico severamente debilitado, que debe estar en un ambiente de protección, tal como en un cuarto de hospital con flujo de aire a la inversa (por ejemplo en una unidad de trasplante de médula ósea)?		
1. Recibió por lo menos una dosis de la vacuna contra la gripe estacional el año pasado?		
1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento?	___/___/___ <i>(ejemplo 05/08/80)</i>	

He leído y entiendo la Declaración de Información de la Vacuna de la Gripe (VIS) con fecha de 07/26/2011 y entiendo los riesgos y beneficios de la vacuna. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo autorizo recibir la vacuna contra la gripe.

Firma de la persona que recibirá la vacuna o de la persona autorizada a presentar este consentimiento	Fecha - _____
---	---------------

CAIR NUMBER _____
Staff name _____
Date _____

Imprint name ID Card (Name MRUN CLINIC/WARD)
--